**Załącznik Nr 4 do SWZ**

**............................................................**

**(nazwa i adres Wykonawcy/pieczęć Wykonawcy)**

**WYKAZ OSÓB**

Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia o nazwie:

**„Świadczenie usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania na terenie m. Szklarska Poręba dla 10 Osób Wymagających Wsparcia – uczestników projektu pn. „Przepis na Opiekę – usługi społeczne dla osób wymagających wsparcia z m. Szklarska Poręba” dofinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskiego dla Dolnego śląska 2021-2027”**

**Oświadczam, że na dzień składania ofert dysponuję następującym potencjałem technicznym i zawodowym pod postacią osób:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Kwalifikacje z pkt a)/ doświadczenie z pkt b)  (należy wpisać odpowiednio a) lub b)) | Kwalifikacje zawodowe w tym okres doświadczenia | Informacja o podstawie dysponowania osobą (np. umowa o pracę, umowa zlecenie, umowa o dzieło) |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |

**Oświadczam, że ww. osoby:**

**a) posiadają kwalifikacje** do wykonywania jednego z zawodów: opiekun środowiskowy, asystent osoby niepełnosprawnej, pielęgniarz, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, opiekun kwalifikowany w domu pomocy społecznej

**lub**

**b) posiadają doświadczenie** w realizacji usług opiekuńczych, w tym zawodowe, wolontariackie lub osobiste wynikające z pełnienia roli opiekuna faktycznego, które odbędą minimum 80-godzinne szkolenie z zakresu realizowanej usługi, w tym udzielania pierwszej pomocy lub pomocy przedmedycznej – szkolenie na koszt Zamawiającego niezwłocznie po zawarciu umowy.

.........................................dnia ............................. 2024 r.

(miejscowość)

Uzupełniony dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.